

هوالکافی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز

کتابچه‌ی آموزشی مدیریت درد

گردآوری و تدوین:

الناز اصغری، دانشجوی دکترای تخصصی پرستاری داخلی-جراحی

asghariel@tbzmed.ac.ir

بهار ۱۳۹۵

نوع دوره: شغلی - اختصاصی، کتابخوانی، اختیاری

مدت دوره به ساعت: ۱۲

گروه هدف: پرستار(مراقبت های ویژه- روانی- داخلی- جراحی- اتاق عمل- سوختگی-اطفال-بهداشت

مادران نوزادان- ارتوپدی- اورژانس و تروما-چشم) - هوشبری

عنوان	صفحه
اهداف	۴
مقدمه	۵
درد چیست	۵
اهمیت درد چیست	۵
چرا باید درد کنترل شود	۵
تفاوت درد مزمن و حاد چیست	۶
اثرات درد حاد چیست	۶
اثرات درد مزمن چیست	۶
پاتوفیزیولوژی درد	۷
چرا یک عضو درد می کند	۷
چه مواد شیمیایی در بروز یا کاهش درد نقش دارند	۷
فرضیه های مربوط به درد	۸
عوامل موثر بر تجربه درد	۱۰
چه عواملی در تشدید یا کاهش درد تاثیر می گذارند	۱۰
بررسی و ارزیابی درد	۱۲
چرا باید درد بیمار را ارزیابی کرد	۱۲
در ارزیابی درد بیمار به چه نکاتی باید دقت کرد	۱۲
چگونه مطمئن شویم که بیمار واقعا درد دارد	۱۳
بیمار چقدر درد دارد	۱۴
اجرای اقدامات تسکین دهنده دارویی	۱۶
داروهای مخدر	۱۶
داروهای غیر استروئیدی ضد التهابی	۱۶
داروهای بی حس کننده موضعی	۱۷
مسکن PRN را چه موقع استفاده نماییم	۱۷
داروهای گیاهی	۱۹
اقدامات تسکین دهنده غیر دارویی	۲۰
پلاسبو و تلقین	۲۲
انحراف فکر یا پرت کردن حواس	۲۲
موسیقی درمانی	۲۳
زالو درمانی	۲۳
ماساژ	۲۴
تن آرامی	۲۵
هیپنوتیزم	۲۵
آب درمانی	۲۶
مگنت تراپی (مغناتیس درمانی)	۲۷
لیزر	۲۷

۲۸	مذهب درمانی
۲۸	طب سوزنی
۲۹	هومیوپاتی
۲۹	درد در گروه های خاص
۳۰	درد در کودکان
۳۰	از کجا بدانیم نوزاد درد دارد
۳۱	درد در سالمندان
۳۱	آیا می توان به افراد سالمند مسکن تجویز کرد
۳۲	آیا افراد سالمند، درد کمتری را نسبت به جوانان حس می کنند
۳۲	چه نوع مسکن هائی در سالمندان کم خطرتر است
۳۲	آیا اقدامات تسکین دهنده غیر دارویی در سالمندان موثر خواهد بود
۳۳	درد در سرطان
۳۳	چرا سرطان درد دارد
۳۴	چرا تحمل درد سرطان دشوار است
۳۴	چگونه درد سرطان را می توان قابل تحمل کرد
۳۵	آیا اقدامات تسکین دهنده غیر دارویی در این بیماران جواب می دهد
۳۵	درد پس از جراحی
۳۶	سوزش سر دل
۳۷	درد های عضلانی – اسکلتی
۳۸	علت درد های عضلانی – اسکلتی چیست
۳۸	چگونه می توان دردهای عضلانی- اسکلتی را تخفیف داد
۳۸	میگرن
۳۹	چرا میگرن ایجاد می شود
۳۹	برای کنترل درد میگرن چه باید کرد
۴۱	کمردرد
۴۴	منابع

اهداف ، نتایج و دستاوردهای دوره

در پایان از فراگیر انتظار می رود تا:

- ✓ درد و انواع آن را بشناسند.
- ✓ اثرات درد مزمن را بدانند؟
- ✓ اثرات درد حاد را بدانند؟
- ✓ پاتوفیزیولوژی درد را بدانند.
- ✓ دو نمونه از فرضیه های موجود در مورد درد را توضیح دهند.
- ✓ عوامل موثر بر تجربه درد و نحوه کنترل هر کدام را نام ببرند.
- ✓ اهمیت و نحوه بررسی و ارزیابی درد را توضیح دهند.
- ✓ مقیاس های ارزیابی درد را بشناسند.
- ✓ اقدامات تسکین دهنده دارویی و اثرات مثبت و منفی آن ها را بشناسند.
- ✓ نحوه استفاده از داروهای PRN را بدانند.
- ✓ اقدامات تسکین دهنده غیر دارویی و اثرات مثبت و منفی آن ها را بشناسند.
- ✓ کاربرد اقدامات تسکین دهنده غیر دارویی را بدانند.
- ✓ اهمیت و نحوه مدیریت درد در گروه های خاص را ذکر کنند.

درد چیست؟

درد یک تجربه جسمی و روحی ناخوشایند است که با آسیب احتمالی یا واقعی بافت در ارتباط بوده و می‌تواند اثرات نامطلوبی را بر روی وضعیت همودینامیک بیمار بگذارد؛ بنابراین کنترل آن امری اساسی در حرفه های علوم پزشکی است. درد یکی از مشکلات اصلی و اساسی همراه با بیماریهای مختلف است که هر انسانی در طول عمر خود با آن مواجه می‌شود. طبق گزارش منتشر شده بوسیله انجمن درد آمریکا، سالیانه حدود پنجاه میلیون نفر در این کشور در سنین مختلف از درد رنج می‌برند و بیش از یکصد میلیون دلار هزینه برای کنترل درد آنها صرف می‌شود.

اهمیت درد چیست؟

درد شایع ترین علامتی است که فرد را به استفاده از کمک های فوری پزشکی مجبور می‌کند. انجمن درد امریکا عبارت درد را به عنوان یک تجربه حسی و عاطفی نام برده و آن را پنجمین علامت حیاتی تعریف کرده است و اعلام می‌دارد اگر درد نیز مانند سایر علایم حیاتی کنترل شود در ارائه بهتر مراقبت ها به تیم درمان کمک خواهد نمود.

چرا باید درد کنترل شود؟

درد و عدم کنترل آن می‌تواند موجب عدم رضایت بیمار، ارتباط نامناسب بیمار با پرستار، اقامت طولانی‌تر بیمار در بیمارستان و افزایش هزینه های درمانی گردد. همچنین تحقیقات نشان می‌دهد توجه

به دردهای هر چند بی اهمیت و خفیف یا تحمل کردن دردها، بویژه در دوره سالمندی و میانسالی، زمینه‌ساز ابتلا و پیشرفت بیماری‌های خطرناک خواهد شد.

تفاوت درد مزمن و حاد چیست؟

درد ممکن است به دو شکل حاد (کوتاه مدت) و مزمن (بلند مدت) وجود داشته باشد. با توجه به شیوع بالای درد در مشکلات سرطانی، برخی از منابع درد را به سه صورت حاد، مزمن و درد سرطانی تقسیم بندی می کنند. برای تمایز بین درد حاد و مزمن معمولاً دوره شش ماهه در نظر می‌گیرند؛ به عبارتی دردهایی که بیش از شش ماه طول بکشند جزو دردهای مزمن و برعکس دردهای کمتر از شش ماه درد حاد محسوب می شوند.

اثرات درد حاد چیست؟

معمولاً دردهای حاد شدیدتر بوده و فرد را مجبور می کند تا سریعاً مشکل ایجاد شده را حل نماید. درد حاد بر سیستم های حیاتی بدن مانند سیستم قلبی- عروقی و تنفسی اثر میگذارد، در نتیجه اثرات مخربی مانند تنگی نفس، تپش قلب، افزایش فشار خون ایجاد میشود. معمولاً در دردهای حاد امید بهبودی و تسکین درد وجود دارد و کمتر از شش ماه به طول می انجامد. درد قلبی موقع سکته و یا درد زایمانی نمونه هایی از درد حاد هستند.

اثرات درد مزمن چیست؟

دردهای مزمن مانند دردهای مفصلی در اکثر مواقع خفیف و قابل تحمل هستند. این نوع دردها که معمولاً منشأ نامشخصی دارند، اثرات مخربی بر روح و روان افراد می گذارند و از نظر جسمی نیز فرد را

محدود می نمایند. اختلال خواب، افسردگی، خستگی مزمن و ... نمونه هایی از عوارض درد مزمن هستند. برای نمونه افرادی که اغلب مواقع درد زانو دارند، برای کنترل درد خود تحرک خود را کم می نمایند و در نتیجه با کاهش "احساس خوب بودن" و تحلیل قدرت جسمی مواجه میشوند.

پاتوفیزیولوژی درد

چرا یک عضو درد می کند؟

بروز و شدت درد به هر دو عامل سیستم اعصاب و عوامل محیطی بستگی دارد. گیرنده های درد تقریباً در تمامی اعضا مانند پوست، مفصل و ... وجود دارد. علاوه بر گیرنده های درد، چنانچه سایر گیرنده ها نیز به شدت تحریک شوند، حس درد ایجاد می شود؛ به عبارتی گرما، کشیدگی یا اسپاسم زیاد علاوه بر تحریک گیرنده های مربوطه، منجر به ایجاد درد نیز می گردد. برای نمونه اگر بوسیله ی تیغ، قشر های سطحی پوست را برداریم این عمل موجب احساس لمس می گردد ولی باعث درد نمی شود ولی اگر برداشت پوست عمیق باشد. در این صورت احساس لمس جای خود را به احساس درد می دهد.

چه مواد شیمیایی در بروز یا کاهش درد نقش دارند؟

هنگامی که بافتی آسیب می بیند مواد شیمیایی خاصی مانند هیستامین، پروستوگلاندین، برادی کینین و استیل کولین آزاد می شوند. این مواد مولد درد هستند و یا انتقال یا ادراک درد را تشدید می نمایند. برخی از مواد شیمیایی مانند اندروفین ها و انکفالین ها نیز در بدن تولید می شود که خاصیت ضد دردی دارند.

درد احشا چگونه ایجاد و حس می شود؟

احشاء بطور طبیعی تماس، فشار و حتی قطع و بریدگی تیز را احساس نمی کنند. زیرا بجز در مزانتر (پرده دور شکم) که تعداد اندکی گیرنده ی حرارتی یافت می شود، در بقیه ی قسمت ها گیرنده های درد پراکنده تر از پوست هستند. به همین جهت است که درد های احشایی به اطراف انتشار یافته و یا به نواحی دیگر منعکس می گردند. به عبارتی با تزریق یک ماده ی بی حس کننده موضعی در جدار شکم، می توان بدون اینکه درد قابل ملاحظه ای احساس گردد، شکم را باز کرد و احشاء را قطع کرد و یا سوزاند. ولی در مواردی که احشاء از حالت فیزیولوژیکی و طبیعی خارج می شوند (مانند اتساع حفره های درونی، فشار ناشی از تومور در احشاء، فقدان اکسیژن) درد احساس می گردد. البته گیرنده های درد در ساختارهای حفره ای، کپسول ها و جدار عروق دیده می شوند. همچنین درد های احشایی با تهوع و واکنش های تحریکی دستگاه عصبی خودمختار همراه می باشند.

فرضیه های مربوط به درد

تا کنون فرضیه های مختلفی در زمینه درد و کنترل آن مطرح شده است که هر کدام نکات قوت و ضعف خاصی دارند ولی یکی از فرضیه هایی که به طور وسیع مورد استفاده قرار میگیرد، فرضیه "دروازه" است. در بیان ساده طبق این فرضیه اعصاب حسی برای ورود به مغز و تفسیر شدن باید از یک دروازه عبور کنند. چنانچه بار حسی اعصابی بیشتر باشد، بیشتر مورد توجه قرار میگیرد و پیام سایر اعصاب کمتر تفسیر می شود. برای نمونه وقتی بیماری دچار درد پا است و پرستار وی را ماساژ می دهد، هر دو حس درد و ماساژ با هم به سوی دروازه می روند و اگر بار حسی ماساژ بیشتر از درد باشد، مغز عمدتاً به ماساژ

توجه می نماید و درد را کمتر تفسیر می کند و به عبارتی درد را کمتر حس می کند. تاثیر اکثر مداخلات غیر دارویی برای کاهش درد با این فرضیه توجیه پذیر است.

از نظریه های دیگر می توان به وجود تمایز بین درد سریع و درد آهسته اشاره کرد. در این مدل درد ها معمولاً در دو گروه درد های سریع و درد های آهسته قرار داده می شوند. درد سریع از طریق تارهای عصبی A-دلتا و درد آهسته از طریق تارهای عصبی نوع C به دستگاه عصبی مرکزی هدایت می شوند و مسیر هدایت این دو نوع درد متفاوت و جدا از یکدیگر است. درد سریع در زمانی بسیار کوتاه و حدود یک دهم ثانیه پس از ایجاد محرک درد را احساس می شود. ولی درد آهسته در زمانی طولانی تر و معمولاً یک ثانیه یا بیشتر پس از وارد آمدن محرک درد را احساس می گردد. این درد در ثانیه ها و حتی دقایق بعدی به آهستگی افزایش می یابد.

درد سریع هنگامی احساس می گردد که سوزنی به درون پوست فرو رود یا شیء نوک تیزی مانند چاقو پوست را ببرد. این درد با اسامی درد تیز، سوزنی، گزشی و حاد معرفی می شود و در قسمت های سطحی بدن احساس می گردد و معمولاً در بیشتر بافت های عمقی احساس نمی شود. درد آهسته در اثر آسیب پوست و بافت های درونی احساس می شود و بسیار زجر آور و غیر قابل تحمل است. این درد با اسامی درد سوزشی، مبهم، مزمن و تهوع آور معرفی می شود.

گیرنده های درد سریع در برابر کشش مکانیکی بیش از حد و یا در برابر گرما و سرما فوق العاده شدید تحریک می شوند، از این رو به این گیرنده ها، گیرنده های درد مکانیکی و حرارتی گفته می شود. گیرنده های درد آهسته با مواد شیمیایی خاصی در بافت ها تحریک می شوند به این گیرنده ها گیرنده

های درد شیمیایی گفته می شود. همانطور که در بالا اشاره شد مواد شیمیایی که گیرنده های درد شیمیایی را تحریک می کنند شامل هیستامین، برادی کی نین، متابولیت های اسیدی مختلف، سروتونین، آنزیم های پروتئولیتیک و استیل کولین هستند. پروستاگلاندین ها گیرنده های درد را مستقیماً تحریک نمی کنند ولی حساسیت آنها را تشدید می نمایند. ضمناً افزایش CG و کاهش O_2 نیز موجب درد می گردد.

آیا بدن به درد عادت می کند؟

گیرنده های درد سازش ناپذیر بوده و با محرک تطابق پیدا نمی کنند و یا سازش بسیار اندک نشان می دهند. حتی در برخی شرایط گیرنده های درد با ادامه ی تحریک حساسیت بیشتری نشان می دهند که هیپر آلژی (hyperalgesia) گفته می شود.

عوامل موثر بر تجربه درد

چه عواملی در تشدید یا کاهش درد تاثیر می گذارند؟

ممانعت از تولید مواد شیمیایی دردزا مانند برادی کینین (برای مثال ممانعت از آسیب پوستی بیشتر با پانسمان مرتب و یا بستن آتل برای استخوان شکسته) و همچنین تحریک تولید مواد ضد درد مانند اندروفین (برای مثال با خندیدن و ورزش کردن) باعث کاهش شدت درد می شود.

البته همانطور که ذکر گردید علاوه بر عوامل عصبی، عوامل محیطی نیز بر بروز و شدت درد اثر می گذارند. امروزه اعتقاد بر این هست که جنبه های روانی-اقتصادی در بروز درد و تداوم آن بسیار مؤثرند؛

برای نمونه فردی که می داند توانایی مالی کافی برای درمان مشکل خود نخواهد داشت و امیدی به بهبودی ندارد، در مقایسه با فردی که می داند می تواند مشکل خود را درمان نماید، درد بیشتری را حس می کند.

تجارب گذشته افراد نیز بر شدت حس درد اثر می گذارد؛ برای نمونه کودکی که قبلاً تزریق دردناکی را تجربه کرده است، در تزریقات بعدی درد بیشتری را حس می کند؛ و یا فرزندی که شاهد درد کشیدن مادر مبتلا به سرطان خود بود، با شنیدن تشخیص سرطان در خودش درد بسیار زیادتری را حس می کند.

اضطراب و افسردگی نیز از عواملی است که با تشدید حس درد همراه هستند؛ به همین جهت است که به کاهش استرس و شاد کردن افراد به عنوان عوامل تسکین دهنده ی درد تاکید زیادی می شود. برای نمونه اطمینان بخشی پرستار اورژانس به بیماری که درد حادی را متحمل می شود، باعث می شود که تحمل درد برای بیمار راحت تر گردد. قابل ذکر است که استرس بسیار شدید ممکن است درد را تخفیف دهد(!)؛ برای نمونه سرباز یا ورزشکار تا زمانی که در صحنه ی اتفاق حضور دارد، درد کمتری را احساس می کند یا حتی متوجه آسیب خود نمی شود.

برخی از منابع به تاثیر فرهنگ بر درد نیز اشاره کرده اند، ولی اکثر صاحب نظران معتقدند فرهنگ عمدتاً بر نحوه ی پاسخ گویی فرد به درد اثر می گذارد. برای نمونه اگر پسر بچه ای با این ذهنیت بزرگ شود که "مرد گریه نمیکند"، سعی می کند هنگام بروز درد علایم ظاهری از خود نشان ندهد.

نتایج مربوط به ارتباط بین درد با جنس تا حدودی متناقض می باشد ولی با این وجود اکثر صاحب نظران معتقدند که زنان آستانه ی تحمل پایین تری دارند و اعصاب حسی آنان با وجود محرک های ضعیف تر نیز ممکن است تحریک شود و پیام درد را منتقل نماید.

بررسی و ارزیابی درد

چرا باید درد بیمار را ارزیابی کرد؟

بررسی و ارزیابی درد نکته ی بسیار مهمی است که کلیه ی پرستاران و افرادی که با بیمار سروکار دارند باید به آن توجه نمایند. بررسی درد در پیشگیری از وقوع درد کمک کننده است. برای نمونه اگر بیمار اظهار نماید که اکثر مواقع شب ها دچار درد می شود، پرستار می تواند موقع تجویز دروهای عصر، داروهای مسکن بیمار را قبل از بروز یا تشدید درد ارائه دهد، و یا مداخله ی ماساژ را به شب موکول نماید و یا اینکه به همراه بیمار اجازه دهد که شب هنگام نزد بیمار بماند و

ارزیابی درد در کنترل بهتر درد نیز موثر است. برای نمونه هنگامی که بیمار ترومایی از درد پا شاکی است، پرستار باید سوالاتی در مورد ماهیت درد از وی بپرسد و مشخص نماید که این درد مربوط به شکستگی استخوان، فشار اکیموز بر عضله و یا مربوط به کشیدگی مفصل است؛ و بر آن اساس مداخله ی مناسب را انتخاب نموده و انجام دهد.

در ارزیابی درد بیمار به چه نکاتی باید دقت کرد؟

شدت درد یکی از موارد مهمی است که نه تنها روی نحوه ی پاسخ دهی و مقابله بیمار با درد، بلکه روی عملکرد پرستار و انتخاب داروی مسکن و مداخله ی غیر دارویی نیز اثر می گذارد. برای بررسی کیفیت

درد باید از جملات خود بیمار استفاده کرد. کلماتی مانند تیر کشیدن، درد ضرباندار و ... در تعیین ماهیت درد کمک کننده است. عوامل تشدید و تسکین دهنده‌ی درد نیز باید مورد توجه قرار بگیرد. برای نمونه ممکن است پرستار متوجه شود که پس از حضور همراه بیمار بر بالین، درد بیمار کم می شود. در اینصورت پرستار می تواند از حضور همراه به عنوان عامل تسکین دهنده بهره ببرد.

زمان بروز درد نیز باید بررسی شود. درد بلافاصله پس از تروما ممکن است نشان دهنده ی شکستگی ولی درد با فاصله ی زمانی از تروما می تواند بیانگر ادم و اکیموز باشد. برخی از دردها در شب تشدید می شوند و برخی از دردها روزها خود را نشان می دهند.

محل درد، به عنوان یکی از مهمترین راه های تعیین محل آسیب نیز باید بررسی شود. البته باید دقت کرد که برخی از دردها ارجاعی هستند و در جایی دور از محل اصلی بروز می کنند. برای نمونه ممکن است درد سکتة قلبی در فک و یا دست چپ بیمار حس شود.

چگونه مطمئن شویم که بیمار واقعا درد دارد؟

اکثر منابع بهترین راه برای تشخیص درد را اظهارات خود بیمار معرفی کرده اند. صاحب نظران بر این اعتقاد هستند که شدت، کیفیت، زمان و سایر نکات مربوط به درد همان چیزی است که بیمار می گوید. ولی پرستاران برای مدیریت صحیح درد به معیارهای عینی و دقیق تر نیز نیاز دارند چراکه ممکن است اظهارات بیمار مطابق با واقعیت نباشد. برای نمونه ممکن است اظهارات برخی از بیماران روانی یا افرادی با اختلالات شخصیت قابل اعتماد نباشد و ممکن است آنها برای جلب توجه بیشتر، درد خود را بیش از واقعیت اظهار کنند. برعکس این نیز ممکن است اتفاق بیافتد؛ برای نمونه ممکن است کودک برای فرار از

تزریق، درد خود را اظهار نکند و یا ممکن است مردان به دلیل مسایل فرهنگی به درد خود اشاره نکنند و یا آن را قابل تحمل بدانند. این وظیفه ی یک پرستار خوب است که بتواند درد را به شکل واقعی تری ببیند.

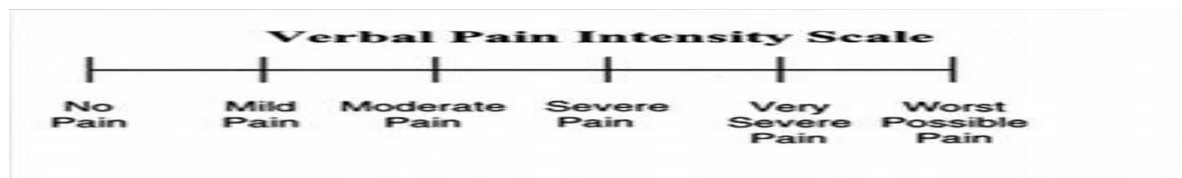
هرچند در تعریف درد آورده شده است که درد یک حس ناخوشایند است ولی این حس ناخوشایند تأثیرات مخربی بر ظاهر و وضعیت همودینامیک بیمار می گذارد. هنگامی که درد خفیف تا متوسط باشد اعصاب سمپاتیک تحریک می شود و در نتیجه فرد افزایش فشار، نبض و تنفس را تجربه خواهد کرد. چنانچه درد متوسط تا شدید شود، اعصاب پاراسمپاتیک تحریک خواهد شد و در نتیجه فرد دچار افت فشار، برادی کاردی و برادی پنه نیز می گردد.

هنگامی که فرد درد دارد هورمون کورتیزول در بدن وی ترشح می شود که قابل ردیابی در خون است؛ برخی از مطالعات نیز برای بررسی اثربخشی مداخلات خود بر میزان درد، از این معیار استفاده می کنند. هنگامی که فرد درد دارد چهره برافروخته و خلق پایین و خشنی دارد. ممکن است قضاوت فرد مختل شود و قادر به تصمیم گیری مناسب نباشد. به همین جهت است که برخورد ملایم و آگاهی دهنده پرستار در برخورد با بیماری که درد دارد، توصیه می شود.

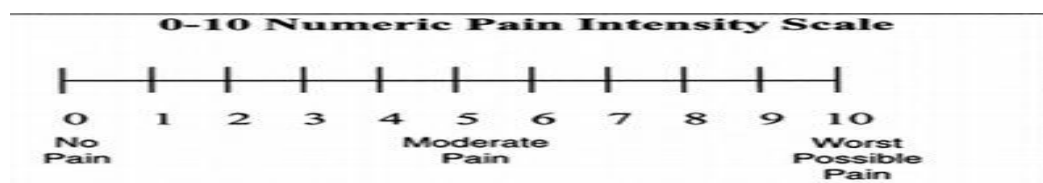
بیمار چقدر درد دارد؟

برای ارزیابی شدت درد روش ها و ابزارهای مختلفی وجود دارد. چهار مقیاس زیر از رایج ترین ابزارهایی است که در مطالعات مربوط به درد استفاده می شود. هر یک از این مقیاس های با توجه به خصوصیات شرکت کنندگان و نوع مطالعه انتخاب می شود.

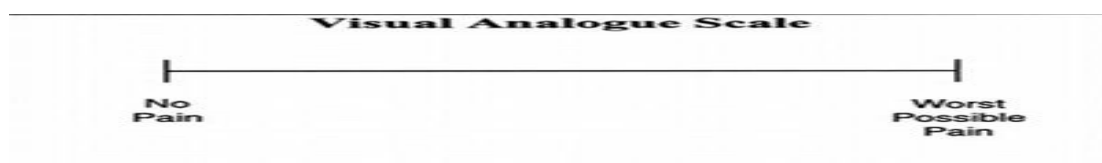
در مقیاس درد توصیفی از افراد خواسته می شود تا دور کلمه ای که درد آنها را به بهترین وجه توصیف می کند خط بکشند. قابل ذکر است که این مقیاس برای افراد باسواد مناسب تر است.



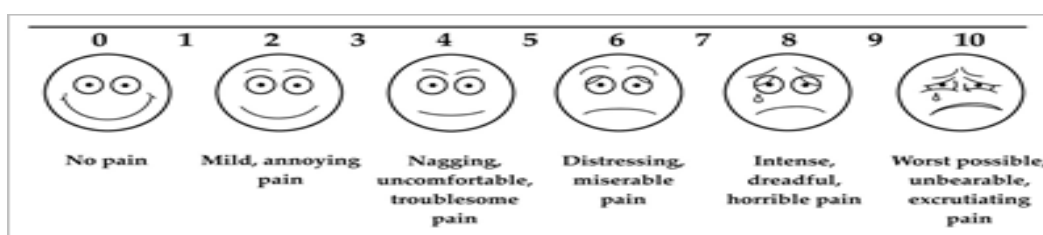
در مقیاس درد عددی از فرد خواسته می شود تا عدد ده را بدترین درد و عدد صفر را حالت بدون درد در نظر بگیرد و سپس عدد مربوط به شدت درد خود را مشخص نماید.



در مقیاس مشاهده ای درد از بیمار خواسته می شود تا میزان درد خود را با علامت زدن روی طیف مشخص نماید. هرچه علامت فرد به سمت راست باشد یعنی درد بیمار شدیدتر است و برعکس.



مقیاس چهره ها یکی از مقیاس های ارزیابی درد است که عمدتاً برای افراد بی سواد و کودکان کاربرد دارد. بیمار شدت درد خود را بر اساس میزان ناراحتی تصویر انتخاب می کند.



اقدامات تسکین دهنده دارویی

داروهای مخدر:

مخدرها به منظور تسکین درد بیماران استفاده می شوند. اشکال دارویی مختلفی برای مخدرها وجود دارد. هرچند مخدرها به عنوان مسکن های قوی برای دردهای متوسط تا شدید محسوب می شوند اما موقع تجویز این دارو باید توجه نمود که برخی از انواع مخدرها برای برخی از انواع مشکلات مناسب نمی باشند. برای نمونه مورفین در کولیت کلیه مناسب ولی در سنگ کیسه صفرا توصیه نمی شود. همچنین پرستاران باید به عوارض جانبی خطرناک این مسکن ها نیز توجه داشته باشند. اُپیوئیدها می توانند منجر به ایجاد تهوع، یبوست، خارش، بهت و ضعف تنفسی شده و در صورت مصرف مزمن وابستگی ایجاد کنند. ترامادول نیز هرچند مخدر ضعیفی شمرده میشود ولی با ایجاد تشنج های مقاوم به درمان بسیار خطرناک محسوب میشود. مصرف مخدرها در بیمارانی که مشکلات تیروئیدی، کلیوی و یا تنفسی دارند، خطرناک تر است. همچنین خطر عوارض جانبی در بیمارانی که دهیدراته هستند و یا در معرض کم آبی قرار دارند بیشتر است.

داروهای غیر استروئیدی ضد التهابی:

داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی با مهار آنزیم سیکلواکسیژناز و در نتیجه کاهش پروستوگلاندین به کنترل درد کمک می کند. استامینوفن، ایبوپروفن، دیکلوفناک و آسپیرین از رایج ترین داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی هستند که استفاده می شوند. این داروها نیز با وجود تسکین دردهای خفیف تا

متوسط، باعث ایجاد اختلالات در دستگاه گوارش (GI)، آسیبهای کلیوی و واکنشهای افزایش حساسیتی می شوند.

داروهای بی حس کننده موضعی:

برخی از داروها به شکل پماد یا اسپری برای دردهای موضعی قابل استفاده هستند. برای نمونه EMLA یک امولسیون موضعی است که می توان قبل از انجام پروسیجرهای دردناک مانند تزریق، از آن برای پیشگیری از بروز درد استفاده کرد. لیدوکائین نیز یک بی حس کننده ی سریع است که عمدتاً به دو صورت ژل و اسپری قابل استفاده است. هرچند عوارض سیستمیک بعد از استفاده از این داروها نادر است ولی اکثر منابع توصیه کرده اند که از اینها به صورت مداوم و زیاد استفاده نشود.

مسکن PRN را چه موقع استفاده نماییم؟

در بسیاری از موارد که احتمال بروز درد مطرح است (مانند پس از جراحی یا بیماران مبتلا به سرطان) پزشکان داروهای مسکن را بصورت PRN تجویز می کنند و مفهوم آن بدین صورت است که در موقع لزوم استفاده شد. سوال اینجاست که چه موقع باید این مسکن را استفاده کرد. آیا برای پیشگیری می توان از آن استفاده کرد و یا حتماً باید درد شروع شده باشد؟ آیا برای دردهای خفیف نیز می توان استفاده کرد و یا فقط باید در دردهای شدید استفاده شوند؟ برای پاسخ به سوالات فوق باید چند نکته را در نظر داشت:

هنگام تجویز مسکن باید از نظر و علاقه ی بیمار نیز آگاه بود. برخی از افراد با کوچکترین دردی بی قرار و مضطرب می شوند. این بیماران معمولاً ترجیح می دهند که قبل از بروز درد از مسکن استفاده کنند. و برعکس برخی از افراد حاضرند درد را تا حدی تحمل نمایند ولی از داروهای شیمیایی استفاده نکنند.

قبل از تجویز مسکن باید از اثرات و عوارض جانبی آن اطلاع داشت. برای نمونه ممکن است مخدرها برای تسکین درد تجویز شده باشند ولی پرستار مشاهده می کند که بیمار آپنه یا دیسترس تنفسی دارد و ممکن است با تزریق مخدر بیمار دچار ارست تنفسی شود. بنابراین باید قبل از دادن مسکن معایب و مزایای مربوطه را بسنجد.

PRN بودن مسکن دلیل بر آن نیست که می توان ملاحظات دارویی را نادیده گرفت. برای نمونه داروهای ضدالتهاب غیر استروئیدی باید با فاصله زمانی حداقل چهار ساعت تجویز شوند و یا مثلاً مورفین را نمی توان در فشارخون پایین استفاده کرد. پرستار باید آگاه باشد که صرف تقاضای مجدد بیمار دلیل موجهی بر تجویز مجدد داروی PRN نیست و برای استفاده از آن باید به کلیه ی شرایط دقت کرد.

در برخی از موارد محرز است که بیمار درد خواهد داشت. برای نمونه بیماری که از اتاق عمل آمده است پس از اتمام اثر داروهای بیهوشی و بی حسی درد خواهد داشت. چنانچه پرستار در زمان اتمام اثر آن داروها یا اوایل بروز درد که هنوز درد خفیف است، مسکن را استفاده نماید میتواند از بروز یا تشدید درد بوسیله یک مسکن ضعیف پیشگیری نماید.

همانطور که گفته شد اقدامات تسکینی غیر دارویی در دردهای خفیف تا متوسط اثر مناسبی دارند. وجود داروی مسکن در دستورات دارویی دلیل اجباری برای استفاده از آن نیست. این وظیفه پرستار است که با

انجام اقدام غیر دارویی مناسب و متناسب مانند صحبت با بیمار و انحراف فکر مانع از نیاز بیمار به داروی شیمیایی و در نتیجه بروز عوارض جانبی شود.

داروهای گیاهی:

در حال حاضر گیاهان دارویی و مشتقات آنها ۲۰ درصد تجویزهای دارویی در کشورهای صنعتی پیشرفته و ۸۰ درصد در کشورهای در حال توسعه را به خود اختصاص می‌دهند. ایالات متحده بزرگترین بازار داروهای گیاهی جهان و ژاپن بزرگترین وارد کننده گیاهان دارویی در آسیا است. در طب سنتی به گیاهان مسکن زیادی مانند بابونه، اکلیل، پسته، خرما، گیاه خارخسک، ترب سیاه، بید، زنجبیل، لاله سرنگون و ... اشاره شده است. هر کدام از گیاهان به روش های مختلفی مانند خمیر کردن، جوشاندن و غیره برای دردهای مختلفی مانند دردهای مفصلی، عصب سیاتیک، دیسک کمر و ... استفاده می شوند.

برای نمونه در ایران همانند سایر کشورهای جهان، استفاده از رازیانه برای کنترل درد سابقه طولانی وجود دارد. اثر امولسیون روغن رازیانه بر دردهای کولیکی (دردهای گوارشی) در نوزادان و اثر درمانی آن در درمان دیسمنوره اولیه نیز گزارش شده است. قابل توجه نبودن مرگ و میر در مسمومیت حاد و مزمن با عصاره رازیانه از جمله مزایای این گیاه محسوب می شود. با توجه به مصرف سنتی این گیاه، و رویش آن در اغلب نقاط ایران و بخصوص در دسترس بودن آن در اکثر مناطق، از این گیاه برای درمان درد بهره برده می شود.

در استفاده از گیاهان دارویی باید به چند نکته دقت کرد. متأسفانه تصویری که به اشتباه بین مردم رایج است، این است که داروی گیاهی اگر فایده نداشته باشد، ضرر هم ندارد. در واقع طبیعی بودن دارو را

دلیلی برای بی ضرر بودن آن می دانند. اما واقعیت این است که مصرف داروهای گیاهی به تنهایی یا همراه با داروهای شیمیایی می تواند عوارض جانبی خطرناکی داشته باشد. برخی گیاهان دارویی باید به صورت استاندارد شده مصرف شوند و مصرف مستقیم آن ها ممکن است باعث بروز مسمومیت های شدید و گاهی مرگبار شود. برای نمونه مصرف گیاهانی که برای افزایش حجم سینه مصرف می شود از قبیل رازک و شنبلیله، دارای اثرات بالقوه استروژنی می باشد و ممکن است خطر سرطان های هورمونی از قبیل سرطان پستان و آندومتر را افزایش دهد و یا مرکبات و آویشن که دارای مواد روغنی به نام Essential Oils هستند می توانند ایجاد آگزمای تماسی آلرژیک در مناطق تحت درمان بویژه صورت، پلک ها و اطراف دهان نمایند و یا صمغ گیاه آلوئه ورا که در آگزمها و جراحات سطحی و التهابات پوستی کاربرد درمانی داشته، می تواند ایجاد درماتیت تماسی آلرژیک نماید و در زخم های عمقی نیز اگر مصرف گردد، التیام آنها را به تأخیر می اندازد و می تواند مضر باشد. البته این حقیقت را نیز باید مدنظر داشت که عوارض داروهای گیاهی در مقایسه با داروهای شیمیایی کمتر است، ولی تمام داروهای گیاهی بی ضرر نیستند. در مورد برخی از داروهای گیاهی نیز که عارضه ای برای آنان ثبت نشده است، صرفاً به خاطر عدم وجود عارضه ای جانبی نمی باشد. به عبارتی عدم ثبت عارضه ای جانبی برای یک گیاه ممکن است به این خاطر باشد که تحقیق جامع و مناسبی در آن مورد انجام نگرفته و اطلاعات کافی در دسترس نمی باشد.

اقدامات تسکین دهنده غیر دارویی

داروها به عنوان یکی از رایج ترین روش های تسکین درد، بویژه در دردهای متوسط تا شدید مورد استفاده قرار می گیرند. مکانیسم اثر اکثر داروها، بخصوص داروهای شیمیایی شناخته شده است، بنابراین

با اطمینان بیشتری می توان گفت که چه دارویی در چه ناخوشی پاسخ خواهد داد. به علاوه عوارض جانبی داروها نیز تا حد زیادی شناخته شده است و قبل از تجویز می توان برآورد کرد که آیا مزایای استفاده از این دارو بر معایب آن ارجحیت دارد و یا نه. در مقابل، اقدامات تسکین دهنده غیر دارویی، مراقبت ها و مداخلات غیر دارویی هستند که عمدتاً بر پایه ی فرضیه ی دروازه ارائه شدند. مکانیسم واقعی و دقیق اکثر این روش ها کاملاً شناخته شده نیست؛ اکثر این روش ها در دردهای خفیف تا متوسط اثر می کنند و بر دردهای متوسط تا شدید اثر قابل توجهی ندارند؛ هرچند بیشتر این اقدامات مانند داروهای شیمیایی به هزینه های گزاف نیاز ندارند ولی در مقابل به شرایط و امکانات خاصی مانند محیط آرام، مهارت و زمان زیاد نیاز دارند و همچنین عوارض جانبی اکثر این روش ها نیز ناشناخته است؛ برخی از افراد معتقدند اثر مثبت این اقدامات، نه به خاطر خود اقدامات، بلکه به خاطر تلقین مثبتی است که همراه آن صورت میگیرد. برخی دیگر نیز معتقدند هنگامی که بیمار مشاهده می کند پرستار برای وی وقت گذاشته و برای بهبودی وی تلاش می کند، آرام وی تسکین می یابد. قابل ذکر است که این روش ها هرچند سنتی نیز باشند، اخیراً مورد توجه علمی قرار گرفته است و هنوز به دلیل محدودیت مراکز انجام دهنده، محدودیت آشنایی افراد با این مراکز، محدودیت مطالعات دقیق و اطلاعات قاطعی درباره ی اثربخشی این روش ها وجود ندارد و ممکن است اغراق های تبلیغاتی در مورد آنها نیز صورت گرفته باشد. ولی با همه معایب ذکر شده اقدامات تسکین دهنده غیر دارویی یکی از مقبول ترین و توصیه شده ترین روش های تسکین درد هستند. مطالعات اخیر نیز عمدتاً بر استفاده از این روش ها تاکید دارند. در زیر به برخی از رایج ترین انواع این روش اشاره می شود.

پلاسمبو و تلقین:

دارونما، دارو یا مداخله ای درمانی است که تاثیر واقعی روی فیزیولوژی بدن ندارد، اما نه تنها بیمار از آن اطلاع ندارد بلکه به بیمار گفته می شود که این دارو، بهتر از یک داروی واقعی، حال او را بهتر خواهد کرد. مطالعات فراوانی نشان داده اند که دارونما واقعا درد بیمار را بهتر می کند. دانشمندان چنین نتیجه می گیرند که ادراک فرد و باور وی به دارو، سهم مهمی در تسکین درد دارد. اثر دارونما امروزه به حدی پذیرفته شده که بسیاری از پزشکان و پرستاران ترجیح می دهند دارونما تجویز کنند. ولی برخی از افراد در استفاده از دارونماها مشکل اخلاقی می بینند. به گفته آن ها، استفاده از دارونما برخلاف صداقتی است که باید بین پرستار و بیمار وجود داشته باشد و این حق بیمار است که از محتویات واقعی دارو اطلاع داشته باشد.

با توجه به اینکه اثر مثبت پلاسمبو عمدتا به خاطر تلقین و صحبت های مثبت در مورد اثر دارو است، بیشتر محققین توصیه می کنند از اثر تلقین و صحبت های موثر در کنار سایر اقدامات واقعی نیز استفاده شود. برای نمونه پرستار هنگام تزریق مسکن واقعی به بیمار توضیح بدهد که این مسکن درد وی را تسکین خواهد داد و در نتیجه بیمار خیلی زود آرام خواهد شد.

انحراف فکر یا پرت کردن حواس:

پایه انحراف فکر بر این اساس است که اگر ساقه مغز تحریکات حسی کافی و متنوعی دریافت کند، می تواند به صورت انتخابی از انتقال احساساتی نظیر درد جلوگیری کرده و آن را نادیده بگیرد. در انحراف فکر، تحمل فرد نسبت به درد افزایش یافته و اگر انحراف فکر خوشایند باشد موجب آزادسازی اندرفین و

تسکین درد می‌شود. صحبت کردن با بیمار در مورد تجارب و خاطره‌های خوش از بهترین روش‌های انحراف فکر است. همچنین می‌توان به بیمار یاد داد که هنگام وجود درد به مسایلی غیر از درد و بیماری فکر نماید و یا یک بازی فکری و یا یک کار و فعالیت دیگر انجام دهد.

موسیقی درمانی:

بسیاری از افراد هنر را درمان بیماری‌های روحی و مشکلات مرتبط با مسایل روانی، مانند درد، می‌دانند. در این بین استفاده از موسیقی برای کنترل درد یکی از روش‌های رایج هنردرمانی است. مطالعات مختلفی در این زمینه انجام گرفته است و اکثر مطالعات موجود اثر موسیقی بر درد (مانند درد سرطانی یا درد ناشی از تزریقات و رگ‌گیری) را مثبت ارزیابی کرده‌اند. در این روش درمانی به موسیقی‌های آرام تاکید شده است. همچنین طبق نتایج موجود این روش در افراد جوان، بهتر از کودکان و سالمندان پاسخ می‌دهد. پرستاران برای استفاده از این روش باید به امکانات بخش و بیمارستان و همچنین فرهنگ بیمار دقت فراوانی داشته باشند. همچنین ممکن است بیماران با درد شدید و در مرحله حاد بیماری تحمل موسیقی را نداشته باشند.

زالو درمانی:

زالودرمانی یکی از روش‌های سنتی است که اخیراً نیز مورد توجه بیشتر قرار گرفته است. زالو هنگام مکیدن خون، مواد متنوعی ترشح می‌کند که خواص درمانی دارند. معروف‌ترین ماده مترشح از زالو هیرودین است که خاصیت بی‌حس‌کنندگی، گشادکنندگی عروق، ضدانعقادی، آنتی بیوتیکی و خاصیت ضدالتهابی و ضدلخته‌ای دارد. هرچند برخی از مراکز استفاده از آن برای کاهش درد مانند درد ناشی از

واریس را پیشنهاد می‌دهند ولی هنوز به قطع مشخص نشده است که آیا این روش واقعا منجر به بهبود درد می‌شود.

ماساژ:

ماساژ یکی دیگر از روش‌های غیر دارویی پیشگیری و تسکین درد می‌باشد که با کاهش حساسیت و سفتی عضله و بهبود وضعیت جریان خون باعث رهایی از درد و خستگی می‌گردد. همچنین ماساژ از طریق مسدود نمودن ایمپالس‌ها به مغز و ترشح اندورفین‌ها باعث کاهش درد می‌شود. از اثرات دیگر آن کاهش ادم اندام و در نتیجه کاهش درد ناشی از ادم می‌باشد. در کل اثرات ماساژ را می‌توان در چهار زمینه‌ی اثر بر گردش خون، جریان لنف، اسپاسم عضلانی و ترشح اندورفین درون زاد مطرح نمود. برای نمونه در یک مطالعه بعد از ماساژ تکرار و شدت کرامپ‌ها در بیماران تحت همودیالیز به طور معنی‌داری کاهش پیدا نمود.

مطالعات تاثیر ماساژ و لمس درمانی را در ایجاد آرام‌سازی و کاهش رفتارهای هیجانی مورد تاکید قرار داده‌اند. بررسی‌های دیگر نشان دادند ماساژ درمانی هورمون‌های استرس را کاهش می‌دهد. ماساژ ملایم باعث می‌شود بیماران احساس خود را راحت‌تر بیان کنند، لذا این روش امکان مشاوره با بیمار مبتلا به دردهای فیزیکی، اجتماعی و روانی را آسانتر می‌سازد و در واقع موجب افکار سازنده مثبت راجع به زندگی می‌شود.

ماساژ انواع مختلفی دارد ولی نوع فلوراژ در بیشتر مطالعات مورد استفاده قرار گرفته است. نحوه انجام ماساژ به این صورت است که بسته به ناحیه درمان (مثلاً قدام و خلف ساعد و پاها) انگشتان دست به

شکل C دور اندام قرار گرفته و این مانور در منطقه کم وسعت به شکل V انجام می‌شود (مانند حالت نیشگون گرفتن). معمولا هنگام ماساژ از ژل لوبریکانت (به عنوان مدیا) برای تاثیر بهتر ماساژ و لغزندگی موضعی استفاده می‌شود.

تن آرامی:

تن آرامی یا ریلکسیشن (Relaxation) تکنیکی است برای آرام سازی عضلات بدن که در تسکین برخی دردها مانند سردرد موفق عمل می‌نماید. فرضیه تن آرامی از آنجایی نشأت می‌گیرد که بین ذهن و تن ارتباط تنگاتنگی وجود دارد، بنابراین هرچه که فرد در جسم خود آرامش بیشتری برقرار کند، در ذهنش نیز آرامش بیشتری برقرار می‌شود. تن آرامی به شکل های مختلفی انجام می‌شود ولی اصل کلی آن این است که به بدن دستور "آرام باش" می‌دهد. برای نمونه به پای خود دستور میدهد تا آرام شود و بنابراین پا آرام و شل می‌شود. برای انجام تن آرامی به محیط آرام و ذهن متمرکز نیاز است. هرچند اجرای آن در محیط بیمارستان دشوار به نظر می‌رسد ولی پرستاران می‌توانند اجرای آن در منزل را به بیماران، بویژه افرادی با دردهای مزمن، آموزش دهند.

هیپنوتیزم:

هیپنوتیزم، حالتی شبیه به خواب و خواب واره است که با تلقین پذیری زیاد همراه است. اغلب منابع آن را جزو روش های تن آرامی معرفی کرده اند و نحوه اثر آن بر درد را به دلیل ارتباط تنگاتنگ بدن و ذهن معرفی کرده اند. در هر صورت هیپنوتیزم یک وسیله پزشکی است که در ایران مانند کشورهای دیگر، از

آن در درمان بسیاری از بیماری ها و ناتوانی ها از جمله تسکین یا تقلیل دردها استفاده می شود. اخیرا به خودهیپنوتیزمی برای کاهش درد زایمانی نیز توجه زیادی شده است.

برای استفاده ی موثر از هیپنوتیزم نه تنها باید فرد هیپنوتیزم دهنده مهارت کافی داشته باشد، بلکه باید خود فرد نیز تلقین پذیری کافی برای پذیرش هیپنوتیزم را داشته باشد. در این روش فرد در یک مکان ساکت قرار می گیرد و سعی می کند مانند حالت خواب، خود را در آرامش قرار دهد. البته باید دقت کرد که برخی از افراد هیپنوتیزم را مترادف بی خود شدن از خود و در نتیجه احتمال فاش کردن رازهای محرمانه هنگام هیپنوتیزم می دانند و در نتیجه در مقابل این پیشنهاد درمانی مقاومت می کنند. از این رو ضروری است تا پرستار مطالعه کافی در این زمینه داشته باشد و توضیحات کافی ارائه نماید.

آب درمانی:

آب درمانی Hydrotherapy روشی درمانی است که هدف آن کاهش درد بیمار و افزایش دامنه حرکات مفاصل و قدرت اندام با استفاده از آب است. گرم کردن اندام و در نتیجه کاهش درد، سبک کردن وزن بدنبال غوطه ورشدن در آب و در نتیجه راحت تر شدن حرکت دادن اندام، استفاده از مقاومت آب در مقابل حرکت اندام و در نتیجه کمک به تقویت عضلات آن، آرامش روحی بیمار که میتواند کمک فراوانی به کاهش دردهای اندام بکند، از اثرات آب درمانی است. این روش بخصوص برای مشکلات مفصلی و دردهای مزمن و یا به منظور تسریع بهبودی پس از مشکلات استخوانی و مفصلی توصیه می شود.

مگنت تراپی (مغناتیس درمانی):

استفاده از مگنت تراپی از قرن ۱۷ در دنیا مورد توجه و مطالعه بوده است. این شیوه درمانی بر این اساس استوار است که همه سلول‌ها ماهیت الکتریکی دارند. در واقع می‌توان سلول را به عنوان یک سیستم ژنراتور در نظر گرفت که شارژ الکتریکی بدن را تعیین می‌کند و کاهش این انرژی الکتریکی باعث ضعف مغناطیسی بدن می‌شود و مگنت تراپی شارژ مجدد این میدان مغناتیس می‌کند. در این روش اندام دردناک در معرض میدان مغناتیس قرار می‌گیرد.

اثر ضد التهاب این روش در مطالعات بر روی مشکلات استخوانی و مفصلی نشان داده شده است. همچنین مطالعات اثر مگنت در شرایط دردناک التهابی یا تخریبی مثل آرتروز و همچنین اثر متقابل آن با آندروفین‌ها را نشان می‌دهد. مزیت دیگر این روش تأثیر بر سندرم‌های دردهای انتشاری مانند سیاتیک است .

لیزر:

مکانیسم اصلی اثر لیزر ناشناخته است. ولی یکی از مکانیسم‌های اصلی که تاکنون روی آن مطالعه شده، نشان می‌دهد که ساختن پروتئین و آنزیم‌های سازنده DNA و متابولیسم میتوکندری در اثر استفاده از لیزر با قدرت پایین تشدید می‌شود؛ در نتیجه با این روش ترمیم سلول‌ها و عصب بعد از تخریب بهتر می‌شوند. در برخی از مراکز از لیزر برای کنترل درد در سیستم اسکلتی عضلاتی مانند درد گردن، شانه، آرنج، مچ دست، کمر، زانو، مچ پا و خار پاشنه استفاده می‌شود، روماتیسم مفصلی، فیبرومیالژی ،

سردردها و میگرن، التهاب‌ها و نروپاتی‌ها مانند نورالژی تری زمینه، نورالژی بعد از زونا نیز از جمله مواردی است که ممکن است به لیزر جواب دهد.

مذهب درمانی:

عنصر مذهب به عنوان یکی از قدرتمندترین عوامل تاثیرگذار بر تحمل درد معرفی شده است. مطالعات زیادی میزان درد و تحمل درد در افراد مذهبی را بهتر ارزیابی کرده اند. برخی از مطالعات انجام گرفته به تاثیر حضور یک کشیش بر کاهش درد اشاره کرده‌اند. در ایران نیز مطالعات مختلفی به تاثیر مثبت شنیدن آوای قرآن بر تسکین درد اشاره کرده است. برخی از افراد معتقدند شنیدن آوای قرآن و یا خواندن کتابهای آسمانی به نوعی انحراف فکر است، ولی اکثر افراد اظهار می کنند که اعتقاد قلبی به حضور یک منبع قدرت برتر منجر به تسلی خاطر فرد و در نتیجه تسکین و تحمل درد می شود. در ایران بیماران پذیرای این روش درمانی هستند و پرستاران می توانند با کمترین امکانات آن را اجرا نموده و درد بیماران را تسلی دهند.

طب سوزنی:

طب سوزنی (Acupuncture) یک روش درمانی طب سنتی چینی می باشد که عمده ترین کاربرد آن تسکین درد است. این طب نیاز به سوزن های نازکی دارد که در مناطق مخصوصی از بدن باید قرار بگیرند. اعتقاد بر این است که طب سوزنی با تحریک نقاطی در ۱۴ مسیر انرژی بدن، جریان حیاتی انرژی را آزاد می کند. مطالعات نیز احتمال می دهند فرو بردن سوزن ها در مناطق مخصوصی از بدن

باعث آزاد شدن هورمون اندورفین ، افزایش جریان خون و تغییر فعالیت مغز می شوند. در نتیجه پس از درمان، احساس تسکین درد، پرنرژی بودن و آرامش به فرد دست می دهد.

هومیوپاتی:

هومئوپاتی، (Homeopathy) یا همسان‌درمانی بر این اصل استوار است که «همانند، همانند را شفا می‌دهد.» برای نمونه واکسن که از جنس همان میکروب یا ویروس است مانع از ابتلای فرد به همان میکروب یا ویروس می شود. دارو های هومئوپاتی منشا طبیعی دارند بیش از ۷۰٪ داروهای هومئوپاتی منشا گیاهی، حدود ۲۰٪ آنها منشا معدنی (کلسیم ، فسفر ، روی و ...) و حدود ۱۰٪ آنها منشا جانوری (شیر یک حیوان بخصوص یا یک نوع عسل بخصوص و دیگر ترشحات جانوری و ...) دارند. در این روش معتقدند یک سیستم مرکزی متعادل کننده بدن وجود دارد و دردها در اثر اختلال در این سیستم به وجود می آید. ویژگی‌های روحی و روانی افراد نقش بسیار مهمی در پاسخ به این روش دارد چرا که وقتی فرد به یک هومئوپات مراجعه می کند باید نه تنها درباره‌ی درد خود، بلکه درباره تمام مشکلات خود صحبت نماید تا منابع مختل کننده ی سیستم متعادل کننده بدن شناسایی شود. از این رو برخی از منتقدان اثرات مثبت این روش را صرفاً به تلقین ربط می دهند. از سوی دیگر تحقیقات علمی دیگری نیز ارائه شده‌اند که مؤید تأثیر داروهای هومئوپاتی می‌باشند.

درد در گروه های خاص

در این بخش به شرایط خاص مدیریت درد در گروه هایی اشاره می شود که شما در طول زندگی کاری به کرات با این گروه ها روبرو می شوید.

درد در کودکان:

در سالهای اخیر کودکان در معرض اقدامات تشخیصی یا درمانی متعددی قرار می گیرند که باعث ایجاد سطوح مختلفی از درد می شوند. پیشرفت علم، کودکان بیمار (مانند مشکلات سرطانی یا قلبی) را زنده نگه می دارد؛ ولی از طرفی این کودکان مجبور به تحمل درد هستند. ختنه، واکسیناسیون، ترمیم و بخیه زدن زخمها، خونگیری و رگ گیری نیز از جمله تکنیکهای دردناکی هستند که جزو تجارب روزمره کودکان محسوب می شوند.

عدم تسکین درد هنگام اجرای روشهای تهاجمی نتایج منفی قابل توجهی به دنبال خواهد داشت. حافظه کودک و یادآوری اقدام دردناک باعث پاسخهای روانی شدید (مثل گریه، دست و پا زدن شدید و جلوگیری از انجام تزریق) و پاسخهای فیزیولوژیک (مثل افزایش ضربان قلب و اسپاسم عروق) در طی تجارب بعدی کودک خواهد شد که این امر موجب تداخل در انجام تزریق و انجام ناموفق آن به دفعات مکرر می شود. گاهی نیز کودک از ترس تزریق دارو درد و بیماری خود را بیان نمی کند و یا درد را مجازات و تنبیهی برای اشتباهات خودش تصور می کند.

از کجا بدانیم نوزاد درد دارد؟

تشخیص نشانه های درد در کودکان نیز می تواند نوعی چالش تلقی شود. معمولاً تشخیص درد در کودکانی که قادر به صحبت یا ایما و اشاره هستند راحت تر است. اما در مورد کودکان کم سال تر تشخیص این امر کمی دشوار به نظر می رسد. اکثر افراد گریه کردن را نشانه درد نوزاد می دانند، درحالیکه گریه همیشه نمی تواند یک مشخصه قابل اعتماد برای درد نوزادان باشد. چرا که گریه راه

کاری است که نوزاد به کمک آن تمام نیازهایش را بیان می کند، بلکه تغییر در الگوی گریه کردن باید برای بررسی درد در نوزاد استفاده شود. برای نمونه افزایش دفعات گریه یا شدت گریه، تغییر در زمان گریه، گریه هنگام انجام پروسیجر خاص و مسایلی از این قبیل می تواند نشانه وجود درد در نوزاد باشد.

درد در سالمندان:

سالمندی از پدیده های مطرح سال های اخیر در عرصه بهداشت و سلامت جهان می باشد . طبق سرشماری سال ۱۳۸۵ بیش از ۷/۲۷ درصد جمعیت کشور را سالمندان بالای ۶۰ سال به خود اختصاص می دهد . درد و بویژه درد مزمن یکی از مشکلات مهم و شایع در افراد سالمند بوده و در بیش از ۵۰٪ این افراد دیده می شود. از دلایل اصلی درد در سالمندی می توان به درد های مربوط به آرتروز، درد های بعد از زونا، درد های مربوط به تنگی کانال نخاعی، درد های سرطانی، درد های مربوط به فیبرومیالژی، درد های بعد از سکته های مغزی، درد های مربوط به رشته های عصبی محیطی ناشی از دیابت و اشاره کرد. درد تاثیر منفی بر کیفیت زندگی فرد سالمند گذاشته و با افسردگی، اضطراب، مشکلات خواب، مشکلات اشتها، اختلالات ادراکی و محدود شدن عملکرد بیمار همراه می گردد.

آیا می توان به افراد سالمند مسکن تجویز کرد؟

بالا رفتن سن به میزان زیادی خطر عوارض دارو های مسکن را افزایش می دهد. برای نمونه شیوع خونریزی معده و روده بر اثر مصرف مسکن ها در افراد با سن بالای ۶۵ سال تقریباً دو برابر افراد جوان می باشد. با توجه به اینکه سالمندان مشکلات زیادی دارند و برای هر کدام از مشکلات خود ترکیبی از داروهای مختلف را مصرف می کنند و از طرفی به خاطر کهولت سن کار اندام های حیاتی مانند کبد و

کلیه تضعیف شده است، در نتیجه عوارض کلیوی و قلبی دارو های مسکن در سالمندان بیشتر از جوانان است. همچنین با توجه به اینکه جذب دارو، توزیع دارو در بدن، متابولیسم دارو و دفع دارو در سالمندان تغییر می کند، به همین علت میزان دوز دارو در سالمندان باید کمتر از جوانان در نظر گرفته شود.

آیا افراد سالمند، درد کمتری را نسبت به جوانان حس می کنند ؟

آستانه حس درد در برخی از سالمندان کمی تغییر می کند و در نتیجه ممکن است با تحریکات حسی خفیف تر نیز درد را حس کنند و یا ممکن است تا بدلیل اختلال در اعصاب حسی، گرما را در درجات سوزاننده و دردناک حس نمایند. با این حال معمولاً افراد سالمند از درد کمتری شکایت می کنند و یا درد خود را اطلاع نمی دهند.

چه نوع مسکن هائی در سالمندان کم خطرتر است ؟

با توجه به مسایلی که گفته شد دارو هائی که دارای نیمه عمر کوتاه تر هستند و در نتیجه زودتر از بدن دفع می شوند، خطرات کمتری خواهند داشت. همچنین به خاطر مشکلات تنفسی و قلبی در اکثر سالمندان مصرف مسکن های مخدر در سالمندان باید با احتیاط بیشتری صورت گیرد. همچنین باید تمام مسکن ها با دوز کم شروع شده و در صورت لزوم به تدریج اضافه گردند.

آیا اقدامات تسکین دهنده غیر دارویی در سالمندان موثر خواهد بود؟

اغلب مشکلات ایجاد شده در سالمندان واقعی و شدید است و بنابراین ممکن است به این نوع اقدامات پاسخ مناسبی ندهد. از طرفی با توجه به تغییر در روحیه و خلق افراد سالمند، این افراد نیازمند توجه و مراقبت زیاد و خاص هستند و در نتیجه انجام اینگونه مراقبت ها به افراد سالمند احساس مورد توجه قرار گرفتن و با ارزش بودن القا نموده و در نتیجه به تسکین آلام آنها کمک می نماید.

درد در سرطان:

سرطان بیماری دشواری است که زندگی بیمار را دستخوش تغییر می کند. یکی از این مشکلاتی که بیماران را بسیار آزار می دهد، احساس درد است. دردهای سرطانی ترکیبی از دردهای حاد و مزمن است که به دلایل مختلفی ایجاد می شود. هدف از درمان دردهای سرطانی، کنترل و کاهش آن به میزان قابل تحمل و به حدی است که در زندگی روزانه بیمار اختلالی ایجاد نکند.

چرا سرطان درد دارد؟

دردهای سرطانی به دلایل خاصی ایجاد می شود. یکی از علل ایجاد دردهای سرطانی، رشد و بزرگ شدن تومور است؛ این رشد سریع و غیرطبیعی موجب کاهش فضای کافی برای سایر سلول ها و در نتیجه فشار به آنها می شود. بنابراین این فشارها عامل ایجاد درد در همان بافت و بافت های مجاور خواهد بود. از طرفی بتدریج و با رشد بیشتر تومور، مقدار مواد غذایی و اکسیژنی که به سلول ها می رسد نیز کاهش می یابد و در نتیجه سلول های تومور دچار مرگ سلولی می شود و موادی که از آنها آزاد میشود هم می تواند عامل ایجاد درد باشد. علاوه بر این موارد، تجمع سلول های سیستم ایمنی بدن در اطراف سلول های سرطانی و واکنش های مختلف دفاعی و واسطه های آزاد شده نیز از دیگر علل ایجاد درد است. همچنین در روند درمان این بیماران، از داروها و روش های مختلفی مانند شیمی درمانی نیز استفاده می شود که هریک از آنها در کنار تاثیرات درمانی، عوارض جانبی و ناخواسته ای دارد که می تواند موجب ایجاد یا تشدید درد در بیماران مبتلا به بدخیمی شود.

چرا تحمل درد سرطان دشوار است؟

تحمل درد همیشه دشوار است و زمانی که این درد ناشی از سرطان باشد، تحملش دشوارتر هم می شود، چراکه اکثر بیماران سرطان را مترادف درد و مرگ می دانند؛ مجبور هستند هزینه های درمانی گزافی بپردازند؛ نمی توانند نقش های قبلی خود (مانند نقش مادری یا شغلی) را برعهده بگیرند و بالاخره فشارهای روانی زیادی را تحمل می کنند. حتی اشاره شده است که در ایران برخی از افراد سرطان را مترادف مرگ می دانند.

چگونه درد سرطان را می توان قابل تحمل کرد؟

در مراحل اولیه سعی می شود با استفاده از مسکن های ساده مانند آسپرین و استامینوفن درد بیمار کنترل شود و زمانی که درد شدیدتر باشد از مسکن های قوی تر کمک گرفته می شود. مشکلات زیادی در مصرف مسکن در این بیماران مطرح است. برای نمونه با تشدید درد نمی توان مقدار مصرف دارو را افزایش داد چراکه عوارض بیشتری ایجاد می کند و ممکن است نسبت به آن دارو تحمل و مقاومت هم ایجاد شود. به همین دلیل در چنین شرایطی باید از ترکیب دو یا چند دارو از دسته های داروهای مختلف استفاده شود. در مراحل پیشرفته که نمیتوان عامل درد را حذف کرد و همچنین نمیتوان با استفاده از مسکن درد بیمار را تخفیف داد ممکن است شبکه عصبی را تخریب کنند.

در مراحل پایانی بیماری که تومور گسترش یافته است، می توان از تجویز بی حسی و مسکن از طریق داخل نخاعی بهره جست. در این روش لوله ی خیلی نازکی کنار نخاع قرار داده میشود و انتهای آن به پمپ های زیرپوستی متصل می شود. داخل پمپ ها مقداری مورفین و دیگر ترکیبات دارویی ذخیره می

شود تا به تدریج دارو کنار نخاع آزاد شود. این کار کمک می کند با مقدار خیلی کمتری از دارو، درد بیمار کاهش یافته و کنترل شود. البته این روش، علاوه بر تاثیرات مثبت، خطرات، عوارض و هزینه بسیار زیادی برای بیمار دربر دارد. در ضمن، نگهداری بیمار هم نیازمند دقت، تجربه و آموزش بیشتری است.

آیا اقدامات تسکین دهنده غیر دارویی در این بیماران جواب می دهد؟

هرچند عامل فیزیولوژیکی و جسمی برای دردهای سرطانی مطرح است و اقدامات تسکین دهنده غیر دارویی نیز عمدتاً برای دردهای خفیف تا متوسط کاربرد دارند، ولی همانطور که گفته شد این بیماران از مشکلات روحی و روانی زیادی در رنج هستند. استرس و افسردگی ناشی از سرطان در این بیماران تحمل درد را دشوارتر می سازد. از این رو توجه به درد از جنبه های مختلف تاثیر شگرفی می تواند بر آنها داشته باشد. مذهب درمانی یکی از مهمترین شیوه ها است که در سراسر جهان به آن تاکید می شود. همچنین اکثر افراد و بخصوص افراد مسن تمایل بسیار زیادتری به استفاده از داروهای گیاهی دارند. همراهی این اقدامات با تلقینات مثبت در مراحل اولیه ی درد نتایج مثبتی ایجاد می کند. ولی در مراحل انتهایی بیماری و در زمان های اوج درد، داروهای شیمیایی پاسخ سریع تر و بیشتری ایجاد می کنند.

درد پس از جراحی:

درد پس از اعمال جراحی می تواند به دلیل زخم ناشی از جراحی و یا ادم بافتی ناشی از دستکاری باشد که معمولاً با استرس و اضطراب جراحی نیز تشدید می شود. این درد باعث اثرات زیان آوری مانند افزایش شانس آتلکتازی، ترومبوآمبولی، ایسکمی میوکارد، آریتمی قلبی، اختلالات آب و الکترولیتی،

احتباس ادراری و ایلئوس شود. با توجه به اینکه بیش از ۸۰٪ بیماران از درد متوسط تا شدید بعد از اعمال جراحی رنج می‌برند، اخیراً به اهمیت بی‌دردی پس از عمل توجه زیادی شده است.

پیشگیری از بروز درد از نکات مهم در کنترل درد این افراد است. برای نمونه الیوشن اندام جراحی شده برای پیشگیری از ادم و یا تشویق بیمار به سرفه برای تخلیه سریع تر داروهای بیهوشی و یا هیدراته کردن بیمار از جمله این راه‌کارها محسوب می‌شود. تجویز از طریق داخل نخاعی، آموزش قبل از عمل و اقدامات تسکین‌دهنده غیر دارویی نیز از عمده‌ترین روش‌های کنترل درد در این افراد محسوب می‌شود.

سوزش سردل:

سوزش سردل یک درد همراه با سوزش در ناحیه سینه و پشت قفسه سینه است. سوزش سردل مشکلی است که اغلب افراد در زندگی خود حداقل یک بار آن را تجربه می‌کنند. اکثر این دردها علت خاص و مشخصی دارد. بسیاری از افراد پس از روبرویی با استرس این درد را تجربه می‌کنند که ممکن است به دلیل افزایش اسید معده در نتیجه‌ی استرس و اضطراب باشد. این افراد می‌توانند با کنترل و تغییر در سبک زندگی خود این درد را تسکین دهند. برای نمونه دانشجویی که موقع امتحان دچار سوزش سردل می‌شود، می‌تواند در طول ترم دروس خود را بصورت مرتب مطالعه نماید تا استرس کمتری موقع امتحان متحمل شود و در نتیجه درد کمتری داشته باشد.

مشکلات جدی قلب، معده، کیسه صفرا و پانکراس نیز منجر به ایجاد سوزش سردل می‌شود. از این رو این نوع درد باید جدی گرفته شود. ارزیابی درد این افراد کمک شایانی در تشخیص و درمان فراهم می‌کند.

نماید. برای نمونه درد پس از خوردن غذاهای چرب ممکن است از نشانه های سنگ کیسه صفرا باشد، درحالیکه دردی که با خوردن غذا تسکین می یابد میتواند دال بر افزایش اسید معده باشد. با توجه به اینکه اکثر بیماران دچار سکته قلبی، در اوایل بیماری فقط سوزش سر دل را تجربه می کنند، از این رو باید هرگونه سوزش سردل با منشا قلبی درنظر گرفته شود، مگر آنکه خلاف آن ثابت شود (با اخذ نوار قلبی و آزمایشات اختصاصی).

درد های عضلانی – اسکلتی:

یکی از شایع ترین انواع دردهای مزمن درد های عضلانی – اسکلتی است. این دردها اغلب به صورت احساس مبهم و درد مبهم در عضلات دیده می شود و گاهی نیز ممکن است با احساس سفتی در عضلات همراه باشد. فرد ممکن است درد را در هر دو طرف بدن و بالا و پایین کمر احساس کند. این دردها با اعمال فشار ثابت به برخی نقاط بدن موسوم به نقاط فشار تشدید می شود. ناحیه پشت سر، بالای سرشانه ها، نواحی جلویی گردن، بالای قفسه سینه، برجستگی آرنج، بالای ناحیه باسن، قسمت داخلی زانو از جمله نقاطی هستند که در این بیماری درگیر می شوند. این دردها که اکثر در زنان دیده می شود یکی از مشکلاتی است که تاثیر زیادی بر کیفیت زندگی افراد می گذارد. افسردگی، خستگی، بی حوصله گی، سندرم پای تحریک پذیر، اختلال در خواب و سندرم روده تحریک پذیر از جمله مشکلاتی است که در این بیماران دیده می شود.

علت درد های عضلانی – اسکلتی چیست؟

دلیل واقعی این مشکل هنوز به درستی شناخته نشده است. ولی با توجه به همراهی این درد با برخی مشکلات و سندرم های مرتبط با استرس (مانند اختلال در خواب و سندرم روده تحریک پذیر) احتمال داده میشود استرس و اضطراب نهفته بیمار از علل بروز اینگونه دردها باشد. از طرفی با توجه به تاثیر بسیار خوب تغییر در سبک زندگی بر میزان درد، به نظر می رسد پوزیشن های نامناسب فرد در طول روز یا موقع خواب می تواند این مشکل را ایجاد کند. در هر صورت افراد با دردهای عضلانی – اسکلتی ابتدا باید از بابت سایر تشخیص ها مانند اختلال در الکترولیت ها اطمینان حاصل نمایند.

چگونه می توان دردهای عضلانی – اسکلتی را تخفیف داد؟

هرچند برخی از منابع به استفاده از داروهای شیمیایی و به خصوص داروهای ضدالتهابی تاکید کرده اند ولی به نظر می رسد اقدامات تسکینی غیر دارویی در این افراد بسیار موثر باشد. انواع ریلکسیشن ها، ماساژها، طب سوزنی و ... از جمله مواردی است که درد این بیماران را تسکین می دهد. ورزش و بخصوص شنا و پیاده روی با کفش مناسب نیز از جمله راه کارهای موثر برای این مشکل محسوب می شود.

میگرن:

سر درد یکی از شایع ترین دردهایی است که اکثر افراد آن را تجربه می کنند سر درد ممکن است علت های جدی مانند سینوزیت، خونریزی مغزی، بیماری های عروقی مغز، التهاب بافت مغزی (انسفالیت)،

بیماری چشمی مثل آب سیاه (گلوکوم)، تشنج، فشار خون بسیار بالا، تب و .. داشته باشد و یا ممکن است به دنبال کشیدن مایع مغزی نخاعی، مسمومیت با CO و مصرف بعضی از داروها رخ دهد.

میگرن یکی از دردناک‌ترین و شایع‌ترین انواع سردرد است. سازمان جهانی بهداشت (WHO) میگرن را در رده ناتوان‌کننده‌ترین بیماری‌های انسانی قرار می‌دهد. آمار نشان می‌دهد در ایران ۸۴/۴ درصد افراد مبتلا به میگرن را خانم‌ها و ۱۵/۶ درصد از آنها را آقایان تشکیل می‌دهند. به‌طور معمول میگرن تا ۳۰ الی ۴۰ سالگی ادامه پیدا می‌کند و اولین علائم میگرن به ندرت بعد از ۵۰ سالگی رخ می‌دهد.

چرا میگرن ایجاد می‌شود؟

برخی از منابع علت واقعی آن را نامشخص اعلام کرده‌اند. برخی از محققین مسایل روحی و استرسی را در آن دخیل می‌دانند. عده‌ای به دیلاتاسیون و یا انقباض عروق مغز موقع میگرن اشاره می‌کنند. برخی به نقش توارث توجه می‌کنند. با توجه به افزایش شیوع آن در زنان و پس از دوران بلوغ، به نقش هورمون‌ها نیز اشاره می‌شود.

برای کنترل درد میگرن چه باید کرد؟

میگرن سردرد شدیدی است که در درمان آن باید به نکات زیر دقت کرد:

یکی از نکات مهم برای رهایی از میگرن پیشگیری است. معمولاً بیماران خود به خوبی می‌دانند که چه عواملی منجر به ایجاد میگرن می‌شود. در برخی از افراد سرما، گرما، سینوزیت، غذاهای خاص، عصبانی شدن، بیخوابی، کار سنگین و.. عامل شروع کننده میگرن می‌باشد. این افراد باید با برنامه ریزی صحیح عوامل شروع کننده را حذف کنند. برای نمونه فردی که با گرما دچار میگرن می‌شود، به گونه‌ای برنامه

ریزی نماید که در ساعات اوج گرما در بیرون نباشد. و یا فردی که مجبور است کار زیادی انجام دهد بین فعالیت های خود، دوره های کوتاه استراحت قرار دهد تا مانع از بروز میگرن شود.

نکته ی دیگر اینکه معمولاً داروهای مسکن میگرن به مرور زمان مقاومت ایجاد می کند. بنابراین فرد نباید از همان ابتدا مسکن های قوی استفاده نماید چراکه پس از مدتی دیگر مسکنی برای تسکین درد خود پیدا نخواهد کرد. در این بیماران ابتدا باید مسکن های ضعیف شروع کرد. سپس به تدریج دوز آن را افزایش داد و در نهایت از ترکیب چند دارویی استفاده کرد.

یک اصل مهم در درمان میگرن، تسکین قبل از تشدید است. تعداد افرادی که بصورت ناگهانی با حمله میگرن روبرو میشوند بسیار نادر است؛ بلکه اکثر افراد مبتلا به میگرن معمولاً قبل از بروز یا تشدید میگرن "اورا" را تجربه می کنند. اورا علائمی است که قبل از میگرن خود را نشان می دهد. خستگی، سردرد خفیف، تاری دید، مشاهده اجسام رنگی و مواردی از این قبیل از جمله علائمی است که فرد ممکن است در مرحله اورا تجربه کند. چنانچه درمان در این مرحله شروع شود به خوبی پاسخ خواهد داد. درمان به این روش مانع از مقاومت دارویی نیز می شود. اگر افراد در این مرحله یک مسکن ضعیف استفاده نمایند می توانند مانع از بروز میگرن شوند. درحالیکه اگر مرحله اورا جدی گرفته نشود، فرد مجبور خواهد بود چندین روز سردرد شدید و مقاوم به درمان را تحمل نمایند.

نکته ی مهم دیگر استفاده از اقدامات تسکین دهنده غیر دارویی است. این اقدامات نیز در مرحله پیشگیری و درمان در مرحله اورا بسیار موثر هستند. برای نمونه انجام ریلکسیشن در یک اتاق تاریک بین

فعالیت های طولانی یا استفاده از جوشانده های گرم از در فصل سرد می توانند مانع از بروز میگرن شوند.

هیپنوتیزم یا ماساژ نیز از جمله اقداماتی است که در مرحله ی اورا می تواند درد را تسکین دهد.

کمردرد:

کمردرد (Low Back Pain) نیز از جمله مشکلات شایع است که اکثر افراد در طول زندگی با آن

روبرو می شوند. کمردرد یکی از شایعترین بیماری های انسان بوده و تقریباً همه افراد حداقل یکبار در

طول زندگی خود دچار کمر درد میشوند. شیوع آن در زن و مرد یکسان است. گرچه در هر سنی ممکن

است اتفاق بیفتد ولی بیشتر در سنین ۵۰-۳۰ سالگی دیده میشود. کمردرد میتواند شدید یا خفیف

باشد. کوتاه مدت یا مزمن باشد. دائم یا گاهگاهی باشد. با این حال در اکثر اوقات بطور خودبخودی بعد از

چند هفته خوب میشود. کمردرد از علل عمده مرخصی های درمانی و غیبت از کار است و بروز آن در

قشر فعال جامعه هر ساله موجب آسیب ها فراوان اقتصادی میشود.

علت کمر درد چیست؟

کمردرد علل بسیار زیادی دارد. با این حال مهمترین علل کمردرد مشکلات دیسک و استئوآرتریت مهره

می باشد. دیسک بین مهره ای ممکن است به طرق مختلف آسیب ببیند.

گاهی بر اثر فشار به ستون مهره قسمت حلقوی دور دیسک پاره میشود. این پارگی ممکن است خفیف

یا شدید باشد. ممکن است به ناگهان و بدنبال یک فشار ناگهانی به کمر ایجاد شود و یا ممکن است به

تدریج و در طی سالیان بر اثر وارد شدن فشارهای خفیف ولی مداوم ایجاد شود. معمولاً با افزایش سن این

پارگی ها بتدریج در همه انسان ها بوجود میاید و به عبارتی جزئی از روند پیری است. در بعضی ها این

پارگی ها ممکن است بدون علامت و بدون درد باشد.

گاهی دیسک دچار فتق یا هرنی می شود. در هرنی دیسک بین مهره ای یا در رفتن دیسک، پارگی قسمت حلقوی-محیطی دیسک شدید بوده و قسمت مرکزی از بین شکاف پارگی به بیرون راه پیدا میکند. این قسمت بیرون زده را هرنی یا فتق میگویند. مهمترین مشکلی که در فتق دیسک بوجود میاید اینست که قسمت بیرون زده به اعصابی که در حال بیرون آمدن از نخاع و مهره هستند فشار آورده و همین فشار موجب بروز بسیاری مشکلات از جمله درد اندام است. معمولاً درد در باسن و ران و ساق احساس میشود. به این درد سیاتیک Sciatica نیز میگویند. هرنی یا فتق دیسک معمولاً بعد از فعالیت هایی مانند بلند کردن یا هل دادن جسم سنگین یا خم شدن یا چرخیدن ناگهانی بوجود میاید.

کم آبی دیسک نیز می تواند کمردرد ایجاد کند. با بالا رفتن سن بتدریج در دیسک بین مهره ای پارگی های خفیف و متعدد بوجود میاید و به مرور دیسک چروکیده و خشکیده و کوچک میشود و قدرت ارتجاعی خود را از دست میدهد. بر اثر کوچک شدن دیسک ارتفاع آن هم کم شده و در نتیجه مهره ها به هم نزدیکتر میشوند. نزدیک شدن مهره ها موجب سایش مفاصل بین مهره ای به یکدیگر میشود که ایجاد سائیدگی و در نتیجه درد میکند.

گاهی مواقع بر اثر ضعیف شدن یا پاره شدن لیگامان هایی که در اطراف مهره قرار گرفته اند، مهره به سمت جلو میلغزد. این حرکت نامناسب مهره ممکن است روی اعصاب نخاع فشار وارد کنند.

در تنگی کانال نخاع که از دیگر علل کمر درد است، کانال نخاعی تنگ میشود و فضا برای نخاع کم شده و در نتیجه به آن فشار وارد میشود. تنگی کانال نخاعی معمولاً به علت استخوان های اضافه ایست که در اطراف زوائد مهره و مفاصل بین مهره ای به تدریج و با افزایش سن ایجاد میشود. ممکن است لیگامان های اطراف مهره هم بتدریج و با افزایش سن کلفت شده و موجب تنگ شدن کانال نخاعی شوند.

از دیگر موارد، اسکولیوز یا انحراف جانبی ستون مهره است که معمولاً در سنین نوجوانی بوجود می‌آید.

این عارضه ممکن است موجب کمردرد و حتی فشار به اعصاب کمری و سیاتیک شود.

برای کنترل درد کمر چه باید کرد؟

همانند تمامی مواردی که گفته شد پیشگیری نقش بسیار مهمی در زمینه دردهای قابل کنترل دارد.

افرادی که مجبور به حمل بار سنگین هستند و یا افرادی که مجبور هستند ساعات زیادی را بنشینند،

بیش از دیگران در معرض این خطر هستند. البته این بدان معنا نیست که فرد اقدام پیشگیرانه‌ای

نماید. رعایت اصول ارگونومیکی صحیح موقع برداشتن بار (حفظ زاویه نود درجه کمر موقع خم شدن)،

استفاده از ابزار کمکی برای حمل بار (مانند حمل اجسام با فرغون و یا حمل ست های سنگین جراحی

روی ترالی)، رعایت صحیح اصول نشستن روی صندلی (تنظیم ارتفاع صندلی و قرار دادن زیرپایی) و

همچنین تغییر وضعیت و داشتن استراحت متناوب بین ساعات طولانی کار از جمله اقدامات بسیار ساده

و قابل انجام است که می تواند از بروز عواقب دردناک پیشگیری نماید.

علاوه بر پیشگیری باید کمردرد را در مراحل اول جدی گرفت. معمولاً دیسک در مراحل اول دچار

دهیدراتاسیون می شود. چنانچه فرد در این مرحله به مهره های خود استراحت دهد و بدن خود را

دهیدراته نماید تا حد بسیار زیادی به رفع این مشکل کمک می نماید. ولی متأسفانه چون دردهای این

مرحله کم شدت و کوتاه مدت هستند، افراد آنها را نادیده گرفته و تا زمان بدتر شدن درد پیگیری نمی

نمایند.

هنگامی که دیسک کمر با شدت فراوان درد نماید، فرد ناچار است تا استراحت نماید. استراحت و استفاده

از داروهای ضدالتهابی و مسکن های ضعیف تا متوسط در این مرحله کمک کننده خواهند بود. معمولاً

اکثر مشکلاتی که به این مرحله می‌رسند نیازمند جراحی خواهند بود و فرد تا موقعی که جراحی ننماید درد را تجربه خواهد کرد.

آیا از اقدامات تسکین دهنده غیر دارویی می‌توان برای کاهش درد کمر استفاده کرد؟

معمولاً کمردرد با اسپاسم عضلات پایین تنه همراه است. اسپاسم‌های عضلانی، بخصوص در مراحل اولیه‌ی مشکل به خوبی به اقداماتی مانند ماساژ، ریلکسیشن، طب سوزنی و برخی موارد دیگر پاسخ می‌دهند و بدین ترتیب به کاهش احساس ناراحتی و درد کمک می‌نمایند. ولی در مراحل شدید بیماری ممکن است حتی به داروهای مسکن خفیف نیز پاسخی ندهد و پزشک مجبور باشد مسکن‌های قوی و مخدر تجویز نماید.

منابع:

۱. کتاب فیزیولوژی پزشکی گایتون
۲. کتاب پرستاری داخلی – جراحی برونر و سودارث، جلد درد، الکترولیت، شوک، سرطان و مراقبت‌های پایان عمر. ۲۰۱۰.
۳. بررسی اثر عصاره آبی میوه گیاه رازیانه (reticulum vulgar) بر تعدیل درد نوروژنیک و درد التهابی در موش سوری در مدل ارزیابی درد فرمالین، طاهریان و همکاران. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ دوره دوازدهم/ تابستان ۱۳۸۶ / ۳۵-۲۸.
۴. بررسی تأثیر داروی کتامین خوراکی در کنترل درد بعد از هموروئیدکتومی. طاهری و همکاران. افق دانش؛ مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد. دوره ۱۳؛ شماره ۳؛ پاییز ۱۳۸۶
۵. مقایسه تأثیر دو روش انحراف فکر با استفاده از موسیقی و تکنیک تنفس منظم. ولی زاده و همکاران. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان شماره ۲۲ پاییز ۸۳.
۶. بررسی تأثیر ماساژ بر میزان شدت درد ناشی از کرامپ عضلانی در بیماران تحت همودیالیز. یعقوبی و همکاران. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. دوره هفدهم، شماره اول، بهار ۸۸.
۷. مقایسه تأثیر دو روش تمرین‌های تنفسی و موسیقی برای کاهش درد ناشی از رگگیری هنگام تجویز خون. اسمعیلی و همکاران.
۸. نیازهای فارماکولوژیکی پرستاران: گزارش کوتاه. نظری و همکاران. مجله تصویر سلامت
۹. کتاب فارماکولوژی- داروهای ژنریک ایران
۱۰. ویکی‌پدیا، دانشنامه آزاد، <https://fa.wikipedia.org/wiki/>
۱۱. سایت علمی تبیان، <http://www.tebyan.net/>

۱۲. آب درمانی چیست، منصوری، <http://www.iranorthoped.ir/fa/news/2110>
۱۳. الکتروماگنتیک تراپی یا مگنت تراپی. <http://www.drfarkhani.com>
۱۴. لیزر درمانی و فیزیوتراپی. <http://www.elia-avid.com>
۱۵. طب سوزنی در چه مواردی مفید است؟. <http://www.tebyan.net/newindex>
۱۶. هومیوپاتی چیست؟. <http://www.homeopathyiran.org/>
۱۷. کتابچه تسکین درد، علوی و شصتی. دانشکده پرستاری و مامایی تهران.
۱۸. فیزیولوژی درد. <http://egte.blogsky.com/1389/10/06/post-27>
۱۹. 10 اشتباه در رابطه با مصرف گیاهان دارویی. <http://www.tebyan.net/newmobile.aspx>
۲۰. زالو و زالودرمانی. <http://tasalamati.com/e/5Oe9/>
۲۱. زایمان بی درد با هیپنوتیزم. <http://www.beytoote.com/>
22. Risk factors for breast cancer in Iranian women: a hospital-based case-control study in tabriz, iran.M Hosseinzadeh, et al. Journal of breast cancer 17 (3), 236-243.
23. Management of Acute Myocardial Infarction and its Effect on Women's Health (Female versus Male). Asghari, et al. International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences 2 (3), 205-213.
24. The Relationship between Religious Beliefs and Hope in Cancer Patients. Shohani, et al. Depiction of Health 5 (4), 1-5.
25. Geriatric Nursing Master's Degree Program Overviews in Iran: Review Article. Valizadeh et al. Depiction of Health 6 (4), 67-70.